

当院における pT1 lung invasive adenocarcinoma の組織学的評価と再発率

名古屋第一赤十字病院 病理部¹⁾、同 呼吸器外科²⁾

○露木 敦士¹⁾、倉重 真沙子¹⁾、小南 理美¹⁾、藤野 雅彦¹⁾、森 正一²⁾、伊藤 雅文¹⁾

【Introduction】外科的に切除された pT1 lung invasive adenocarcinoma は比較的子後が良いことが知られているが、少なからず再発例が見られる。当院で手術された pT1 lung invasive adenocarcinoma の組織型と再発率の関係を評価した。

【Material and methods】当院で 2008-2009 年に手術され、pT1 lung invasive adenocarcinoma と診断された 88 例に対して 5 年間の経過観察を行った。

【Result】Invasive adenocarcinoma 全体では 17/88 (19.3%) で再発が認められた。組織学的分類の再発はそれぞれ、lepidic predominant (4/24=16.7%)、papillary predominant (8/33=24.2%)、acinar predominant (1/18=5.6%)、solid predominant (4/13=30.8%)、micropapillary predominant (0/0) であった。病変の一部に tumor spread through air spaces (STAS) を伴う症例が 14 例見られた。再発数は 5 例で、再発率は 35.7% であった。

【Discussion】Invasive adenocarcinoma 全体の再発率に比べ、solid predominant な症例と STAS を有する症例は高い再発率であった。文献的考察を加えて報告する。

当院（リハビリテーション期）整形外科病棟における ADL 訓練

松山赤十字病院 リハビリテーション科

○田口 浩之、高岡 達也、伊東 孝洋

【はじめに】急性期病院ではいろいろな理由で在院日数を短縮しようとしている。整形外科術後患者をどれくらいの期間入院させるかは病院によって考えが異なる。当院でも試行錯誤を行っている。その中でリハビリテーション（リハ）科が取り組んでいる治療を紹介する。（リハ期整形外科病棟の 1 日）当院整形外科病棟は周術期を中心とした 60 床と、リハ期を中心とした 39 床の 2 病棟に分かれている。リハ期中心の整形外科病棟では、ナース、PT、OT、ST、看護助手、ソーシャルワーカーなどが共同し、早期自宅退院に向けた ADL 治療を行っている。具体的には、朝食前の着替え、食堂での食事、朝食から就寝までの座位生活、トイレでの排泄、夕食後の着替え等である。療法士によるリハ訓練は元旦を除いた年間 364 日行っている。当院のリハ病棟は平成 14 年に回復期リハ病棟として開設し、亜急性病棟を経て平成 26 年 4 月整形外科一般病棟となった。回復期リハ病棟であったときと職員の配置人数や運用方法はあまり変えていないが、在院日数は短縮し、自宅復帰率は減少傾向にある。（3 年前と比較して人工膝、股関節 44 日→33 日、腿板再建 62 日→32 日、平均 42 日→35 日、自宅退院率 83%→73%）【まとめ】整形外科術後患者の ADL リハをどの段階まで当院で行い、どの段階から他院にお願いするのかを思案中である。術後 30 日程度で退院としても 70% 以上は自宅退院が可能であった。今後さらに在院日数を短縮すると自宅退院の割合が減少し、転院の割合が増加すると予想できる。自宅退院、転院いずれにしても廃用を予防しできるだけ早く元の ADL を獲得することは重要である。当院リハ科では全身状態、手術患部両方の回復が重要と考えあの手この手で日中臥床時間を短縮し、土曜日日曜日も休み無く十分量の濃厚な ADL 訓練を行っている。

P-2B-122

脳出血患者における肺炎予防の検討：早期リハビリテーション介入の必要性 芳賀赤十字病院 リハビリテーション技術課

○八重樫 京介、宮田 五月

【背景・目的】肺炎の合併はリハビリテーションの進行を阻害し、結果として機能回復にも遅れを生じると言われている。そこで、脳出血患者における肺炎合併の因子を手術群、非手術群に分類し検討した。

【対象・方法】2013 年 4 月～翌年 4 月に当院脳神経外科に入院し、回復期リハビリテーション病棟へ転院した脳出血患者のうち、手術群 7 例と非手術群 16 例の発症からリハビリ介入までの期間、合計実施期間、Barthel index（以下：BI）改善率《＝（転院時 BI－入院時 BI）／合計実施期間》、入院中の肺炎合併の有無、経口摂取の可否について検討した。

【結果】手術群は平均 67.4 歳、非手術群は平均 73.8 歳であった。発症からリハビリ介入までの平均期間は手術群 3.6 日、非手術群 2.8 日となり、合計実施期間の平均は手術群 24.3 日、非手術群 18.8 日であった。BI 改善率の平均は手術群 0.92 点、非手術群 1.3 点となり、肺炎合併例は手術群 0 例、非手術群 4 例で全体の 25%（BI 改善率：-0.13 点）、リハビリ介入までの平均日数は肺炎発症例 5.5 日（SD＝±3.1）、非発症例 2.5 日（SD＝±1.6）、経口摂取困難例は手術群 1 例（14.2%）、非手術群 4 例（25%）であった。

【考察】手術群のリハビリ実施期間は長く、BI 改善率は非手術群で高い傾向にあった。一方、肺炎合併例においては BI 改善率が低く、介入までの期間において肺炎発症例と非発症例の平均日数に有意差があった。（ $p<0.05$ ）早期のリハビリテーション介入により肺炎の合併を予防できる可能性があることが示唆された。

P-2B-124

急性心筋梗塞クリニカルパス改訂の取り組み 鳥取赤十字病院 リハビリテーション課

○木村 悠也、大寺 弥

【はじめに】クリニカルパス（以下、CP）の目的は、効率の医療サービスによる平均在院日数の短縮、チーム医療、患者満足度向上が主とされている。今回当院では急性心筋梗塞（以下、AMI）の CP を改訂し、古い CP（以下、旧 CP）と新しい CP（以下、新 CP）を比較したので報告する。古い旧 CP は、適応基準が明確でないなど運用が曖昧であった。また、運動負荷プログラムの安静期間が長く、リハビリテーション（以下、リハ）が組み込まれていないなどの問題があった。新 CP は、「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」を参考にチームで改訂に取り組み、安静期間が短い運動負荷プログラムや運動負荷試験、リハ、その他指導なども取り入れた。

【対象と方法】26 年度に入院加療した AMI 患者全 24 例中、死亡退院や心臓血管外科適応で転院した患者は除いた、旧 CP を使用した 12 例と新 CP を使用した 3 例を対象である。有効性を新 CP と旧 CP を比べ、検討する。

【結果及び考察】平均在院日数は短縮傾向にみられた（旧 CP:38.8 日、新 CP:16.3 日）。新 CP は運動負荷プログラムの離床が早く、入院期間の設定も短く在院日数の短縮が得られた。FIM 運動項目の退院時の点数が高い傾向にあった（旧 CP:46.6 点、新 CP:75.0 点）。リハの開始日は、旧 CP 群の 8 例がリハを実施しており平均 6.5±4.5 日後、新 CP は 4 日後であった。早期リハ開始により、早期の ADL の改善・自立の可能性が考えられる。運動負荷試験後は、運動療法が行え、階段昇降が自立できた。

【結語】AMICP の改訂により平均在院日数の短縮や ADL の早期改善を認めた。CP はチーム医療を行う上で必要なツールであり、今回は症例数が少なく妥当性に疑問が残る部分もあるが、患者満足度も含めその有効性を検討していきたい。

P-2B-123

高齢者における認知機能と遂行機能の係関係性 伊豆赤十字病院 リハビリテーション課

○松井 紀道

【はじめに】当施設利用者の平均年齢は 86.8 歳であり、高齢化に伴う認知機能の低下が問題視されている。そこで今回、遂行機能と認知機能に着目し、高齢者が認知課題を付加した場合の動作遂行時間への影響を Timed Up & Go Test（以下、TUG）を用いて比較検討した。

【対象】当施設にて通所や入所でリハビリテーションを実施している利用者で、屋内歩行が独歩または杖歩行、シルバーカー歩行で見守り～自立にて可能な 43 名とした。

【説明と同意】対象者には、事前に本研究の目的と方法を説明し同意を得た。

【方法】対象者に認知機能評価として長谷川式簡易知能評価スケールを行い、21 点以上を A 群、20 点以下を B 群に分類した。運動機能評価として TUG を 3 回行い、1 回目が普段の歩行速度、2 回目が最大歩行速度、3 回目は最大歩行速度にて時間の書かれた紙を確認し答えるといった課題を与えての測定（以下 D-TUG）を行った。その後、最大歩行速度での TUG の値と D-TUG の値の差をも検定を用いて比較検討した。その際、有意水準は 5% 未満とした。

【結果】A 群では有意差はみられなかったが、B 群では 5% 水準で有意に時間を要する結果となった。尚、D-TUG についての課題正答率は 88% であり、誤答は対象外とした。

【考察】B 群が有意に時間を要した要因の一つに遂行機能低下が挙げられる。時間を確認するという課題が注意の配分に影響し、動作能力の低下につながったのではないかと考えられる。今回の結果から、遂行機能が認知機能と関連がある事が分かった。遂行機能は加齢とともに低下し、習慣的に行っていた複数の行為が同時に出来にくくなる。それに伴い、注意がおろそかになり転倒へのリスクが高まる。リスク管理の観点からも認知機能、遂行機能の理解は必要である。今後はどのような課題が遂行機能により多くの影響を与えるかを検討していきたい。

P-2B-125

口腔・咽頭ケアの徹底により重症嚥下障害から経口摂取が可能となった一例 松江赤十字病院 リハビリテーション課

○目井 浩之、伊藤 和行、笠本 重人

【はじめに】近年、口腔ケアの重要性は周知されており、口腔内の環境は注目される一方、咽頭は内部の環境を簡便に確認しにくく、ケアが見落とされがちである。今回、口腔・咽頭ケアを徹底し、大幅な嚥下機能改善が図れた症例を経験したので報告する。【症例】80 歳代男性。【医学的診断名】喉頭癌（声門）（T3N2cM0）（stage IVA）、両頸部リンパ節転移、右頸動脈浸潤【既往歴】腰痛すべり症、腰部脊柱管狭窄症、アルコール性小脳運動失調、陳旧性ラクナ梗塞、うつ病、高血圧、逆流性食道炎。【現病歴】近医で胃カメラを受けた際、喉頭に腫瘍を指摘され当院受診。【社会資源】要介護 3、週 1 回デイサービス。【入院前】妻、嫁、孫 2 人の 5 人暮らし、普通食を自力摂取で時にムセあり。歩行はビックアップ使用。【経過】第 13 病日胃ろう造設。第 20 病日放射線治療開始（アービタックス併用）。開始 1 ヶ月弱で咽頭痛増強し経口摂取困難。第 65 病日放射線治療終了（58Gy）。第 69 病日 ST 介入。第 77 病日嚥下内視鏡検査（以下 VE）で嚥下評価実施。初回の摂食・嚥下のグレード（藤島一郎、1993）は Gr3。咽頭内の観察で下咽頭部に多量の粘調痰が確認され、内視鏡観察下でヤンカーサクションチューブを使用して吸引を行った。評価を受け、日常の口腔ケアと吸引に加え、内視鏡観察下で下咽頭の粘調痰除去を毎日実施した。第 93 病日 VE で Gr5、第 106 病日 Gr7 に改善、第 118 病日リハビリ目的で転院した。【考察】本症例は口腔のみでなく、咽頭内の環境に注目し、ケアを徹底したことで、嚥下機能の大幅な改善に寄与したと思われる。嚥下の stage（藤島一郎、1998）によると、咽頭期は嚥下反射そのものであり、食物を咽頭から食道に運ぶ段階とされており、咽頭部の環境不良は嚥下機能低下や誤嚥はもちろん、窒息の危険性が高まるため、咽頭ケアは非常に重要である。